



ESTADIO III: OPTIMIZACIÓN DEL MANEJO MULTIDISCIPLINARIO

Enriqueta Felip Font

Servicio de Oncología Médica
Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN ESTADIO III

El cáncer de pulmón no microcítico es una enfermedad sistémica. Más de la mitad de los pacientes con estadio I-IIIa sometidos a una intervención quirúrgica radical presentarán metástasis a distancia durante su evolución. Así pues, debido a la naturaleza sistémica del cáncer de pulmón, la quimioterapia debería jugar un papel esencial. En pacientes con estadio IIIa la quimioterapia neoadyuvante seguido de cirugía mejora los resultados de supervivencia cuando se compara con cirugía exclusiva. Sin embargo, hasta la fecha estudios randomizados utilizando quimioterapia adyuvante con fármacos de segunda generación no han demostrado mejoría de la supervivencia. Este año se presentarán en ASCO-2003 los resultados del estudio IALT en el que pacientes en resección quirúrgica completa se han randomizado en control versus quimioterapia basada en platino. Los nuevos fármacos quimioterápicos activos en cáncer de pulmón se han integrado en el tratamiento neoadyuvante de los pacientes con estadio III. El Grupo Español de Cáncer de Pulmón (GECP) ha finalizado recientemente un estudio fase II que ha incluido 120 pacientes con estadio IIIBN2/T4N0-1 y que ha utilizado tres ciclos de quimioterapia preoperatoria con docetaxel/gemcitabina/cisplatino. Los objetivos primarios son respuesta, toxicidad y resecciones quirúrgicas completas, con porcentaje de respuestas patológicas completas y supervivencia como objetivos secundarios.

ESTRATEGIAS PREOPERATORIAS

La estrategia preoperatoria optima todavía está por definir. Si comparamos los resultados obtenidos cuando se utiliza quimiorradioterapia preoperatoria con los resultados en los estudios de quimioterapia preoperatoria, el porcentaje de downstaging es algo superior en los esquemas de quimiorradioterapia preoperatoria (60-70% con quimiorradioterapia preoperatoria versus 30% con quimioterapia exclusiva) aunque este hecho no suele correlacionarse con un incremento en la tasa de resecciones quirúrgicas completas. El grupo cooperativo alemán "German Lung Cancer Cooperative Group" está realizando un estudio prospectivo fase III que compara quimioterapia preoperatoria seguida de quimiorradioterapia hiperfraccionada seguida de cirugía con quimioterapia preoperatoria seguida de cirugía y radioterapia posterior. Este estudio incluirá 350 pacientes.

QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA EN ENFERMEDAD LOCALMENTE AVANZADA IRRESECCABLE

La quimioterapia y radioterapia es el tratamiento de elección para los pacientes con cáncer de pulmón y enfermedad localmente avanzada irresecable. Estudios randomizados y meta-análisis han demostrado un incremento claro de la supervivencia con combinaciones de quimioterapia basadas en platino en combinación a la radioterapia torácica al compararlo con radioterapia exclusiva.

Varios estudios sugieren que el tratamiento concomitante de quimioterapia y radioterapia torácica mejora los resultados en supervivencia en este grupo de pacientes. Un estudio Japonés demostró mejoría de supervivencia para un esquema de tratamiento concomitante de mitomicina/vindesina/cisplatino y radioterapia versus el mismo esquema de quimioterapia seguido de radioterapia secuencial con medianas de supervivencia de 16.5 y 13.3 meses, respectivamente ($P=.03998$). Este beneficio se mantuvo a los 5 años (15.8% versus 8.9%, respectivamente). El estudio de la RTOG ha randomizado 611 pacientes en tres brazos, uno secuencial y dos concomitantes uno de ellos utilizando tratamiento hiperfraccionado, confirmando una mejoría de supervivencia para los pacientes que recibieron el tratamiento concomitante con fraccionamiento standard.

Los nuevos fármacos activos en cáncer de pulmón se han integrado con la radioterapia torácica en el tratamiento de la enfermedad localmente avanzada. Choi y cols han conseguido medianas de supervivencia de 20 meses combinando paclitaxel/carboplatino semanal con radioterapia torácica concomitante. El grupo CALGB ha analizado en un estudio randomizado fase II dos ciclos de quimioterapia de inducción con gemcitabina/cisplatino, paclitaxel/carboplatino, ó vinorelbina/cisplatino, seguido de tratamiento de radioterapia concomitante con el mismo esquema de quimioterapia a dosis reducidas, consiguiendo medianas de supervivencia de 18 meses.

RESUMEN

Los pacientes con cáncer de pulmón tienen una enfermedad sistémica requiriendo un manejo multidisciplinario. En estadio IIIA estudios randomizados han demostrado ventajas de supervivencia para los pacientes que recibían quimioterapia preoperatoria. Para mejorar los resultados en estos paciente se requiere una colaboración estrecha entre cirujanos torácicos, oncólogos médicos y oncólogos radioterapeutas. En pacientes con enfermedad estadio III irresecable el tratamiento de elección es la quimioterapia y radioterapia torácica y varios estudios sugieren que los tratamientos concomitantes consiguen mejores resultados de supervivencia.